

(Форма ходатайства пациента относительно возмещения материального и нематериального ущерба, возникшего из-за ущерба, причиненного здоровью пациента)

Комиссии установления ущерба, причиненного здоровью пациента

ХОДАТАЙСТВА ПАЦИЕНТА ОТНОСИТЕЛЬНО ВОЗМЕЩЕНИЯ МАТЕРИАЛЬНОГО И НЕМАТЕРИАЛЬНОГО УЩЕРБА, ВОЗНИКШЕГО ИЗ-ЗА ВРЕДА, ПРИЧИНЕННОГО ЗДОРОВЬЮ ПАЦИЕНТА

(дата)

(место)

**РАЗДЕЛ I
ОБЩИЕ ДАННЫЕ**

1. Пациент:
 - 1.1. имя, фамилия _____;
 - 1.2. персональный код _____;
 - 1.3. адрес места жительства _____;
 - 1.4. номер телефона для связи _____;
 - 1.5. адрес электронной почты _____.
2. Представитель пациента:
 - 2.1. имя, фамилия _____;
 - 2.2. персональный код _____;
 - 2.3. адрес места жительства _____;
 - 2.4. номер телефона для связи _____;
 - 2.5. адрес электронной почты _____.
3. Прошу возместить ущерб, возникшего из-за вреда, причиненного здоровью пациента (далее – ущерб):
 - материальный _____ евро
 - нематериальный _____ евро
4. Прошу перевести ущерб:
 - в кредитное учреждение _____;
 - на личный счет пациента № _____.

**РАЗДЕЛ II
ДАННЫЕ ОБ УЩЕРБЕ**

	Вопросы	Ответы (отступы <input type="checkbox"/> помечать х или v, в отмеченных местах следует вписать ответ)
1.	Учреждение по надзору за здоровьем лица, в котором нанесен ущерб	
2.	Профессиональная квалификация и (или) имя и фамилия (если известно) специалиста по надзору за здоровьем лица, во время оказания которым услуг по надзору за здоровьем лица (далее – услуг) нанесен ущерб	
3.	Дата оказания услуг	
4.	Ущерб нанесен (позначить по крайней мере один из указанных случаев):	<input type="checkbox"/> из-за диагностики; и (или) <input type="checkbox"/> из-за применявшегося лечения; и (или) <input type="checkbox"/> из-за применения превентивных мер; и (или) <input type="checkbox"/> из-за применявшейся реабилитации; и (или) <input type="checkbox"/> из-за применявшегося к пациенту ухода; и (или)

		<input type="checkbox"/> из-за неоказания (бездействия) услуг по надзору за здоровьем лица, т.е. отсутствия диагностирования, лечения при наличии индикаций и проч.; и (или) <input type="checkbox"/> из-за биомедицинских исследований (если они осуществляются без наличия обязательного страхования гражданской ответственности заказчика биометрического исследования и основного исследователя); и (или) <input type="checkbox"/> прочее: _____
5.	Болезнь или расстройство здоровья, либо иная причина, из-за которой Вы обратились в учреждение по надзору за здоровьем за услугами по надзору за здоровьем (указать название, диагноз или описать)	
6.	Описание ущерба и обстоятельств его нанесения (дата и время нанесения ущерба, пояснение, как он нанесен)	

РАЗДЕЛ III
ДАнные О МАТЕРИАЛЬНОМ УЩЕРБЕ, ВОЗНИКШЕМ ИЗ-ЗА ВРЕДА

	Вопросы	Ответы (отступы <input type="checkbox"/> пометать x или y, в отмеченных местах следует вписать ответ)
1.	Понесли ли Вы расходы в связи с возникновением ущерба (пометить подходящие пункты):	<input type="checkbox"/> в связи с некомпенсируемыми лекарствами и медицинскими средствами (приборами) _____ евро; <input type="checkbox"/> в связи с доплатами пациентом за компенсируемые лекарства и медицинские приборы _____ евро; <input type="checkbox"/> платные услуги по надзору за здоровьем _____ евро; <input type="checkbox"/> прочие расходы, связанные непосредственно с нанесенным здоровью вредом (указать) _____ евро.
2.	Лишились ли Вы доходов в связи с возникновением ущерба:	<input type="checkbox"/> Да Если да, укажите, каких, в какой период и их сумму: _____ евро. <input type="checkbox"/> Нет
3.	Получаете ли Вы выплаты по болезни, выплачиваемые в соответствии с Законом Литовской Республики о социальном страховании болезни и материнства, пенсию пособия по недееспособности, выплачиваемую из-за болезни или расстройства здоровья, вызванного в связи со вредом:	<input type="checkbox"/> Да Если да, укажите, какую из указанных выплат или пенсий Вы получаете, на какой период она назначения и ее размер в месяц: _____ евро. Укажите дату назначения и номер решения относительно назначения выплаты по болезни или пенсии пособия по недееспособности, либо пенсии по социальному страхованию утраченной трудоспособности _____ евро. <input type="checkbox"/> Нет

ПРИМЕЧАНИЕ. К ходатайству должны быть приложены документы, подтверждающие информацию, указанную в настоящем разделе, или их копии.

IV РАЗДЕЛ
ДАННЫЕ О НЕМАТЕРИАЛЬНОМ УЩЕРБЕ, ВОЗНИКШЕМ ИЗ-ЗА ВРЕДА

	Вопросы	Ответы (отступы <input type="checkbox"/> помечать х или v, в отмеченных местах следует вписать ответ)
1.	После возникновения ущерба установлена ли решением Службы по установлению недуга и трудоспособности при Министерстве социальной защиты и труда (далее – СУНТ) степень нетрудоспособности (заполняют лица до 18 лет, за исключением тех лиц, которые застрахованы (были застрахованы) государственным социальным страхованием)?	<input type="checkbox"/> Да Если да, какой _____. Укажите дату и номер решения СУНТ _____. <input type="checkbox"/> Нет
2.	После возникновения ущерба установлена ли решением СУНТ степень трудоспособности (оставшаяся трудоспособность; заполняют лица от 18 лет до возраста пенсии по старости и лица младше 18 лет, за исключением тех лиц, которые застрахованы (были застрахованы) государственным социальным страхованием)?	<input type="checkbox"/> Да Если да, какой _____. Укажите дату и номер решения СУНТ _____. <input type="checkbox"/> Нет
3.	Установлены ли после возникновения ущерба специальные потребности?	<input type="checkbox"/> Да, установлены специальные потребности (если Вы поместили данный пункт, следует оставить пометку, конкретизирующую спец. Потребности): Установлены специальные потребности по постоянному надзору (помощи): <input type="checkbox"/> первого уровня; <input type="checkbox"/> второго уровня. Установлены специальные потребности по постоянному уходу: <input type="checkbox"/> первого уровня; <input type="checkbox"/> второго уровня. <input type="checkbox"/> Установлены специальные потребности развития. <input type="checkbox"/> Установлены специальные потребности средств технической помощи. <input type="checkbox"/> Установлены специальные потребности адаптации окружающей среды и жилья. Укажите инстанцию, принявшую решение об установлении специальных потребностей, а также дату и номер решения _____. <input type="checkbox"/> Нет
4.	До возникновения ущерба установлена ли решением СУНТ степень недееспособности?	<input type="checkbox"/> Да Если да, какой _____. Укажите дату и номер решения СУНТ _____. <input type="checkbox"/> Нет

5.	До возникновения ущерба установлена ли решением СУНТ степень дееспособности (оставшаяся трудоспособность; заполняют лица от 18 лет до возраста пенсии по старости и лица младше 18 лет, за исключением тех лиц, которые застрахованы (были застрахованы) государственным социальным страхованием)?	<input type="checkbox"/> Да Если да, какой _____. Укажите дату и номер решения СУНТ _____. <input type="checkbox"/> Нет
6.	Установлены ли до возникновения ущерба специальные потребности?	<input type="checkbox"/> Да, установлены специальные потребности (если Вы отметили данный пункт, следует оставить пометку, конкретизирующую спец. Потребности): Установлены специальные потребности по постоянному надзору (помощи): <input type="checkbox"/> первого уровня; <input type="checkbox"/> второго уровня. Установлены специальные потребности по постоянному уходу: <input type="checkbox"/> первого уровня; <input type="checkbox"/> второго уровня. <input type="checkbox"/> Установлены специальные потребности развития. <input type="checkbox"/> Установлены специальные потребности средств технической помощи. <input type="checkbox"/> Установлены специальные потребности адаптации окружающей среды и жилья. Укажите инстанцию, принявшую решение об установлении специальных потребностей, а также дату и номер решения _____. <input type="checkbox"/> Нет
7.	Были ли Вы беременны до увечья, прервалась ли беременность после перенесенного увечья или была необходимость в прерывании беременности из-за увечья?	<input type="checkbox"/> Да, беременность была: <input type="checkbox"/> до 12 недель; <input type="checkbox"/> от 12 до 22 недель; <input type="checkbox"/> от 22 недель. <input type="checkbox"/> Нет, беременность не прервалась и не была прервана.
8.	Как изменилась Ваша жизнь после возникновения ущерба (пометьте по крайней мере один из указанных пунктов)?	<input type="checkbox"/> Уменьшились возможности выполнять работу, которую я выполнял (-а) до увечья и (или) в соответствии с приобретенной профессиональной квалификацией. Если Вы отметили этот ответ, укажите, какую работу (укажите место работы) или в соответствии с какой приобретенной квалификацией и как это выражается: _____. <input type="checkbox"/> Утратил (-а) возможности выполнять работу, которую я выполнял (-а) до увечья и (или) в соответствии с приобретенной профессиональной квалификацией. Если Вы отметили этот ответ, укажите, какую работу или в соответствии с какой

		<p>приобретенной квалификацией и по каким конкретным причинам: _____.</p> <p><input type="checkbox"/> Уменьшилась возможность заниматься предыдущей деятельностью (общественной, досугом и проч.). Если Вы отметили этот ответ, укажите, какую и как это проявляется: _____.</p> <p><input type="checkbox"/> Не могу заниматься предыдущей деятельностью. Если Вы отметили этот ответ, укажите, какой и из-за каких конкретных причин: _____.</p> <p><input type="checkbox"/> Уменьшились возможности учиться. Если Вы отметили этот ответ, укажите, где Вы учитесь и как выражается уменьшение возможностей учиться: _____.</p> <p><input type="checkbox"/> Не могу учиться так, как я учился (-ась) до момента возникновения ущерба. Если Вы отметили этот ответ, укажите, из-за каких конкретно причин: _____.</p> <p><input type="checkbox"/> Распался брак. Если Вы отметили этот ответ, укажите, как распад брака связан с увечьем _____.</p> <p><input type="checkbox"/> Не могу позаботиться о своем (-их) несовершеннолетнем (-их) ребенке (детях) и (или) других близких так, как я заботился (-ась) до момента возникновения ущерба. Если Вы отметили этот ответ, укажите, о каком количестве детей (и в каком они возрасте) или о каком количестве и о каких близких заботитесь, по каким причинам, чего конкретно не можете выполнять в рамках заботы о них после увечья: _____.</p> <p><input type="checkbox"/> Уменьшились возможности создать семью и дождаться детей и (или) завязать социальные связи. Если Вы отметили этот ответ, укажите, как это связано с увечьем.</p> <p><input type="checkbox"/> Ухудшилась внешность. Если Вы отметили этот ответ, укажите, в какой части тела находится увечье: _____.</p> <p><input type="checkbox"/> Не изменилось.</p> <p><input type="checkbox"/> Прочее: _____.</p>
9.	Испытали ли Вы боль в связи с увечьем?	<p><input type="checkbox"/> Да:</p> <p><input type="checkbox"/> не принимаю обезболивающие лекарства;</p> <p><input type="checkbox"/> обезболивающие лекарства принимал (-а) не более одной недели;</p> <p><input type="checkbox"/> обезболивающие лекарства принимал (-а) не более трех месяцев;</p> <p><input type="checkbox"/> обезболивающие лекарства принимал (-а) более трех месяцев;</p> <p><input type="checkbox"/> для лечения боли назначены инвазивные процедуры.</p> <p>Название (-ия) лекарств, потреблявшихся от боли, и длительность потребления каждого из них: _____.</p>

		<p>Длительность применения инвазивных процедур, назначенных для лечения боли: _____.</p> <p>_____.</p> <p><input type="checkbox"/> Нет</p>
10.	Испытали ли Вы какие-либо иные неудобства, за исключением боли?	<p><input type="checkbox"/> Да</p> <p>Если да, то какие _____.</p> <p><input type="checkbox"/> Нет</p>
11.	Нарушилось ли здоровье из-за увечья и временно испытывали нетрудоспособность:	<p><input type="checkbox"/> Да</p> <p><input type="checkbox"/> 11-30 дней;</p> <p><input type="checkbox"/> 31-60 дней;</p> <p><input type="checkbox"/> 61-90 дней;</p> <p><input type="checkbox"/> 91-180 дней;</p> <p><input type="checkbox"/> 181-364 дней;</p> <p><input type="checkbox"/> дольше года.</p> <p><input type="checkbox"/> Нет</p>
12.	Были ли у Вас диагностированы до увечья психические и поведенческие расстройства?	<p><input type="checkbox"/> Да</p> <p>Если да, то какие _____.</p> <p><input type="checkbox"/> Нет</p>
13.	Вызвали ли эмоциональные переживания, которые Вам довелось испытать из-за увечья, психические и поведенческие расстройства?	<p><input type="checkbox"/> Да</p> <p>Если да, то какие психические и поведенческие расстройства обострились и как это выразилось: _____.</p> <p><input type="checkbox"/> Нет, так как до увечья у меня отсутствовали какие бы то ни было психические и поведенческие расстройства.</p> <p><input type="checkbox"/> Нет, психические и поведенческие расстройства остались такими же (не обострились).</p>
14.	Заболели ли Вы из-за увечья каким-либо психическим и поведенческим расстройством?	<p><input type="checkbox"/> Да</p> <p>Если да, то каким _____.</p> <p><input type="checkbox"/> Нет</p>
15.	Страдали ли Вы до увечья какими-либо заболеваниями или расстройствами здоровья?	<p><input type="checkbox"/> Да</p> <p>Если да, то какими заболеваниями и какими расстройствами здоровья _____.</p> <p>_____.</p> <p><input type="checkbox"/> Нет</p>
16.	Вызвало ли увечье обострение заболеваний или расстройств здоровья, имевшихся до увечья?	<p><input type="checkbox"/> Да</p> <p>Если да, то каких и как это проявлялось: _____.</p> <p>_____.</p> <p><input type="checkbox"/> Нет</p>
17.	Появилось ли у Вас какое-либо заболевание или расстройство здоровья из-за увечья?	<p><input type="checkbox"/> Да</p> <p>Если да, то какое заболевание или расстройство здоровья _____.</p> <p><input type="checkbox"/> Нет</p>
18.	Предоставили ли Вы специалисту по надзору за здоровьем, оказывавшему услугу, всю информацию о своем	<p><input type="checkbox"/> Да</p> <p><input type="checkbox"/> Нет</p>

	здоровье, перенесенных заболеваний, проведенных операциях, принимавшихся и принимаемых лекарствах, аллергических реакциях, генетическую наследственность и прочие данные, известные пациенту, необходимые для надлежащего оказания услуг по надзору за здоровьем?	Если нет, укажите, какую информацию Вы не предоставили и почему: _____ _____.
19.	Выполняли ли Вы после того, как обратились в учреждение по надзору за здоровьем, назначения и рекомендации специалистов по надзору за здоровьем?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет, не выполнял (-а). Если Вы выбрали этот ответ, укажите, почему не выполняли _____ _____. <input type="checkbox"/> Выполнял (-а), но не все. Если не все, укажите, какие не выполняли и почему: _____
20.	Информировали ли Вы специалистов по надзору за здоровьем об отклонениях от назначений или установленного режима, на которые Вы дали согласие?	<input type="checkbox"/> Да Если да, укажите, о каких информировали и почему не информировали о других (если таковые имели место быть): _____ _____. <input type="checkbox"/> Не информировал (-а). Если Вы выбрали этот ответ, укажите, почему не информировали _____ _____. <input type="checkbox"/> Выполнял все назначения специалистов надзора за здоровьем.
21.	Потребляли ли Вы табачные изделия и (или) связанные с ними изделия до увечья?	<input type="checkbox"/> Да Если да, пометьте, какие: <input type="checkbox"/> курил (-а) сигареты; <input type="checkbox"/> потреблял (-а) другие табачные изделия; <input type="checkbox"/> курил (-а) трубку; <input type="checkbox"/> курил (-а) электронные сигареты; <input type="checkbox"/> курил (-а) другие курительные травяные изделия. Укажите, как часто Вы потребляли указанные изделия _____ _____. <input type="checkbox"/> Нет
22.	Потребляли ли Вы алкоголь до увечья?	<input type="checkbox"/> Да Если да, пометьте, насколько часто: <input type="checkbox"/> раз в день; <input type="checkbox"/> раз в неделю; <input type="checkbox"/> два раза в неделю; <input type="checkbox"/> три раза в неделю; <input type="checkbox"/> четыре раза в неделю; <input type="checkbox"/> пять раз в неделю; <input type="checkbox"/> шесть раз в неделю; <input type="checkbox"/> раз в месяц; <input type="checkbox"/> два раза в месяц; <input type="checkbox"/> реже. <input type="checkbox"/> Нет
23.	Потребляли ли Вы до увечья психотропные лекарства без назначения врача?	<input type="checkbox"/> Да Если да, укажите название, крепость и длительность использования потреблявшихся

		психотропных лекарств _____ _____ <input type="checkbox"/> Нет
24.	Потребляли ли Вы до увечья другие психотропные вещества?	<input type="checkbox"/> Да Если да, укажите название, крепость и длительность использования других потреблявшихся психотропных веществ _____ _____ <input type="checkbox"/> Нет
25.	Соблюдали ли Вы другие правила предосторожности (не указанные в пунктах 18-24 настоящей таблицы) во время оказания услуг?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если нет, укажите, какие правила предосторожности Вы не соблюдали и почему _____
26.	Есть ли, по Вашему мнению, информация, которую Вы не упомянули в данном ходатайстве и которая, по Вашему мнению, важна для получения возмещения ущерба?	<input type="checkbox"/> Да Если да, укажите информацию подобного рода _____ <input type="checkbox"/> Нет, так как я упомянул (-а) все.

ПРИМЕЧАНИЕ. К ходатайству должны быть приложены документы, подтверждающие информацию, указанную в настоящем разделе, или их копии.

Подтверждаю, что предоставленная в данном ходатайстве и в других документах информация является верной и точной.

Подтверждаю, что я ознакомился (-ась) с Законом Литовской Республики о правах пациентов и возмещении вреда здоровью и Описанием порядка возмещения материального и нематериального ущерба, возникшего из-за вреда, нанесенного здоровью пациента.

Согласен (-сна), что указанные в данном ходатайстве и других документах, которые необходимы для надлежащего рассмотрения моего ходатайства, мои персональные данные обрабатывались бы в целях возмещения материального и нематериального ущерба, нанесенного в связи с причиненным вредом для здоровья.

Вместе с ходатайством предоставляю:

1. (_____ листов).
2. (_____ листов).

(подпись пациента или его представителя)

(имя и фамилия пациента или его представителя)
